

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

No
230

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

YVES LE BONNIEC

Né à Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-du-Nord), le 6 Septembre 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES ABDOMINALES

Président : M. JEANNIN, Professeur.

1929

280



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	ÉCALLE.	MATHIEU.
ALAJOUANINE.	FIESSINGER.	MERCIER (Fernand).
AUBERTIN.	GARNIER.	METZGER.
BASSET.	GATELLIER.	MONDOR.
BAUDOUIN.	GIROUD.	MOURE.
BINET.	HARVIER.	MULON.
BLANCHETIÈRE.	HEITZ-BOYER.	OBERLING.
BROCQ.	HOVELACQUE.	OLIVIER.
BRULÉ.	HUTINEL.	PHILIBERT.
CADENAT.	JOYEUX.	QUÉNU.
CHABROL.	LABBÉ (Henri).	RICHT Fils.
CHIRAY.	LARDENNOIS.	SÉZARY.
CLERC.	LEMAITRE.	VALLÉRY-RADOT.
DEBRÉ.	LEROUX.	(Pasteur).
DOGNON.	LÉVY-SOLAL.	VAUDESCAL.
DONZELOT	LHERMITTE.	VELTER.
DUVOIR.	LIAN.	VERNE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

YVES LE BONNIEC

Né à Saint-Nicolas-du-Pelem (Côtes-du-Nord), le 6 Septembre 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES ABDOMINALES

Président : M. JEANNIN, Professeur.

1929



A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande
affection et de ma vive reconnais-
sance pour tout le dévouement
dont ils ont fait preuve à mon
égard.*

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MA NIÈCE, A MON NEVEU

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE C. N. DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOTEL-DIEU
DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

*qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse et guidé de ses con-
seils, qu'il trouve ici la marque
de notre reconnaissance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR A L'HOPITAL DE LA PITIÉ

*qui nous a fait le grand honneur
de présider notre thèse.*

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

Un cas de grossesse abdominale observé dans le service du docteur Levant, à l'Hôpital de la Charité, nous a fourni le sujet de ce travail.

Il nous semble que les deux points primordiaux, dans ces grossesses, soient celui du moment où l'on doit opérer, et celui de la conduite à tenir vis-à-vis du placenta.

Après quelques mots sur la transformation des grossesses tubaires en grossesses abdominales, nous ferons dans un bref aperçu la physiologie et l'anatomie du placenta.

Nous publierons ensuite les observations qui nous ont paru intéressantes, dont une inédite, due à l'obligeance du docteur Levant.

Dans le chapitre suivant, nous essaierons de fixer le moment le plus opportun pour opérer. Enfin, nous envisagerons les différents procédés opératoires avec leurs avantages et leurs inconvénients, et tâcherons d'en tirer une conclusion pratique, en s'appuyant sur les exposés et les statistiques.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGÉNIE

Les grossesses péritonéales sont dues à différents mécanismes.

1° Grossesses péritonéales primitives.

L'œuf fécondé dans la trompe ou le pavillon se fixe tout de suite sur le péritoine et s'y développe.

2° Grossesses péritonéales secondaires.

L'œuf se fixe et se développe sur la trompe. Au niveau du point d'insertion du placenta dans la trompe, il se produit des lacs sanguins où les villosités viennent baigner dans le sang maternel ; il se fait des hémorragies interstitielles qui fusionnent ensemble ces lacs et qui interposent un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et les parois de la trompe. Ce caillot est composé de stratifications fibrineuses de différents âges, ce qui montre que les hémorragies se sont faites par poussées successives, et que chacune d'elles a dû dilacérer la couche plus ancienne.

Cette hémorragie qui se fait au point d'insertion est le fait capital ; celui qui domine toute la pathologie de la grossesse tubaire à cette époque de son développement. Si une quantité considérable de sang est épanchée dans la trompe, celle-ci se distendra et deux éventualités peuvent se produire :

a) L'œuf sera expulsé en masse à travers l'orifice abdominal de la trompe, c'est l'avortement tubaire

qui n'est possible que dans les cinq premières semaines, l'orifice abdominal de la trompe n'étant plus perméable après ce délai.

b) La paroi de la trompe se rupturera sous la pression sanguine et l'œuf sera projeté dans la cavité péritonéale ; c'est la rupture tubaire qui se produit sous l'influence de plusieurs facteurs. Tout d'abord la trompe se laisse bien plus facilement distendre dans son milieu que dans ses extrémités. Le kyste fœtal, en se développant, produit une distention de la trompe, puis le placenta à ce moment étant formé, les villosités choriales corrodent la paroi tubaire et la rupture a lieu le plus souvent au pôle placentaire.

Le plus fréquemment, cette rupture tubaire s'accompagne d'une hémorragie intrapéritonéale lente et progressive (hématocèle enkystée) ou brutale (inondation péritonéale) et l'enfant meurt.

Si celui-ci continue à vivre, deux éventualités peuvent se produire :

1^o L'œuf est projeté complet hors de la trompe ; s'il réussit à se greffer de nouveau et à se développer, il donne naissance à une grossesse péritonéale.

2^o Le fœtus passe seul dans la cavité où il continue à se développer. Le placenta restant en place dans la trompe.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE ET ANATOMIE DU PLACENTA

1^o *Grossesse abdominale primitive*

L'œuf fécondé et tombé dans le séreuse se greffe à sa surface et continue à vivre et à se développer. Dans les quelques faits qui ont été étudiés, il existait au niveau du point d'implantation de l'œuf et du placenta, un peu d'hypertrophie du tissu conjonctif sous-séreux. Le péritoine ne paraissait pas avoir subi d'autres modifications. Il se produit dans les viscères en contact avec l'œuf une vascularisation considérable, les villosités choriales se mettent en rapport avec les vaisseaux hypertrophiés et arrivent ainsi à former de véritables réseaux sanguins.

2^o *Grossesse abdominale secondaire*

Pour L. Tait, le placenta peut s'implanter à nouveau sur la séreuse péritonéale et continuer à vivre.

« Tout ce que l'on a décrit sous le nom de grossesses abdominales sont évidemment des cas exceptionnels dans lesquels la rupture primaire n'a pas été fatale, et dans lesquels le placenta expulsé a contracté par lui-même des adhérences viscérales à l'endroit où il est arrivé, ou bien ces grossesses intrapéritonéales sont dues à la rupture secondaire de la grossesse intraligamenteuse sous-péritonéo-pelvienne. La première de ces éventua-

lités est certainement de beaucoup la plus fréquente, et ceci m'a été prouvé jusqu'à l'évidence par mes opérations. J'ai vu une trompe rompue quelques jours après la catastrophe et contenant encore la plus grande partie du placenta, tandis que les villosités de la portion expulsée avaient déjà commencé à pousser des prolongements sur l'intestin, la vessie, le fond de l'utérus et les plis de l'épiploon, je détachais les villosités de leur lieu d'insertion, et plusieurs entraînaient avec elles de légers fragments de leur lit en laissant des cavités saignantes. Beny Harter a donné la meilleure preuve en réussissant à injecter un placenta qui avait été expulsé de la trompe rupturée et avait contracté ces étranges et exceptionnelles adhérences. »

Poursuivant l'idée de Tait, son élève Gubb dit « qu'il n'y a pas de raison pour que le placenta fraîchement séparé ne puisse se créer de nouvelles attaches vasculaires ».

D'après Tarnier et Budin « le fait n'est guère admissible avec ce que nous savons aujourd'hui du mode de développement de l'œuf humain et aucune observation ne tend à le faire supposer. Mais si, après la rupture, le placenta reste adhérent, le fœtus peut continuer à vivre et quelquefois extraordinaires que soient les faits publiés, ils n'en paraissent pas moins indiscutables.

« La grossesse continue à évoluer, le placenta en croissant fait des incursions sur les organes voisins et vient finalement s'attacher à l'utérus, au grand épiploon, aux parois pelviennes ou abdominales en poussant la couche de péritoine qui est devant lui. »

Sur l'épiploon, les franges épiploïques, certains mésos (faux du péritoine), les adhérences choriales sont vasculaires (néo-vaisseaux), tandis qu'au niveau de l'intestin et du péritoine pariétal, elles sont purement conjonctives, ce qui permet de comprendre comment les

fonctions placentaires peuvent devenir déficientes malgré le volume souvent considérable de cet organe.

Beny Hart a examiné au microscope un placenta de grossesse abdominale ayant dépassé neuf mois. « En apparence, ainsi qu'au toucher, il ressemblait à du foie durci par le séjour dans l'alcool. Vu au microscope, il paraissait se composer de tissus conjonctifs parsemés de plaques de cristaux d'hématoidine et renfermant des villosités allongées dont l'épithélium avait subi une dégénérescence hyaline.

Les altérations des villosités portaient plutôt sur leurs dispositions et leur forme que sur leurs éléments anatomiques.

Les tiges des villosités se trouvaient isolées du tissu conjonctif provenant apparemment de caillots de sang organisés. Il y avait de nombreux capillaires dans les parties les plus anciennes où l'organisation avait eu le temps de s'accomplir.

En résumé, le mécanisme grâce auquel le placenta se greffe sur les organes abdominaux n'est pas nettement élucidé.

Dans le plus grand nombre des cas, il s'agit d'un placenta qui se fixe secondairement au cours de son développement sur les organes voisins tandis qu'une portion plus ou moins grande de sa surface est demeurée adhérente à la trompe, siège de son insertion primitive. Dans d'autres cas rares, les pièces opératoires montrent le placenta libre de toute attache tubaire comme s'il s'était fixé primitivement, et en bloc, sur les viscères abdominaux.

Quoi qu'il en soit, il convient de retenir que les attaches du gâteau placentaire aux organes voisins sont soit serrées, conjonctives, soit très richement vascularisées, c'est-à-dire dans les deux éventualités dangereuses à rompre.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

I. — Ablation du placenta et des membranes.

Nous diviserons les observations ayant trait à l'ablation en :

- a) Grossesse à terme avec enfant vivant ou mort.
- b) Grossesse avant terme.

a) Grossesse à terme avec enfant vivant :

OBSERVATION n° I. — Grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. Laparotomie ablation. Mort de la mère et de l'enfant. (Observation inédite communiquée par le docteur Levant.)

M^{me} C., 28 ans, entrée le 26 novembre 1928, réglée à l'âge de treize ans. En 1919, un mois après son mariage, la malade eut une métrorrhagie de légère abondance, ayant duré sans discontinuer un mois.

En 1925, une fausse couche à un mois et demi.

Dernières règles 25 mars 1928. Au troisième mois de la gestation, soignée chez elle pour vives douleurs abdominales qualifiées de coliques hépatiques, elle reste au lit avec de la glace sur le ventre pendant un certain temps. Cet incident douloureux correspond vraisemblablement à la rupture de la grossesse ectopique. Vient consulter à la Charité en septembre 1928. On trouve une gestation entre six mois et demi et sept mois ; tête en haut dans la corne droite, petit siège en bas, enfant vivant. La gestante entre dans le service pour douleurs abdominales.

Pendant son séjour à la Charité on trouve une tête en bas dans la fosse iliaque gauche, un fœtus allongé de bas en haut et de droite à gauche, vivant. On ne peut verticaliser ce fœtus, ni au palper, ni par une ceinture. Au cours d'examens répétés, on sent au toucher une tumeur *prævia* en bas et à droite, que l'on prend pour un fibrome, ce qui explique, semble-t-il, le non engagement de la présentation. La femme continue à souffrir de vives douleurs abdominales par crises au cours desquelles on croit sentir des contractions utérines au palper.

On pratique pendant son séjour à l'hôpital une radiographie du bassin et de l'abdomen qui montre un fœtus dans une position anormale, ce qui semble incompatible avec cette grossesse utérine, mais l'idée d'un fibrome repoussant le fœtus à droite, empêche de conclure à une grossesse extra-utérine si rare au neuvième mois. On décide une césarienne, pratiquée le 21 décembre 1928. Sous l'anesthésie générale on est frappé des mouvements tumultueux du fœtus qui soulèvent la paroi abdominale en vagues. L'idée de grossesse abdominale surgit à ce moment à l'esprit, confirmée par la laparotomie. Le fœtus est libre au milieu des anses grêles avec des adhérences épiploïques à deux doigts de sa main gauche. L'enfant crie de suite mais grêle et débile meurt la nuit suivante.

Le placenta est inséré sur la trompe gauche, l'anse sigmoïde et le Douglas. On fait une hystérectomie subtotale de droite à gauche en désinsérant le placenta ; on termine par un Mickulicz contre le suintement.

Gros shock opératoire. L'opérée meurt la nuit suivante.

OBSERVATION n° II. — Grossesse abdominale à terme chez une primipare, ablation du sac et du placenta ; enfant vivant guérison. (Potocki : Arch. Gyn. et Obstetr., 1908.)

Femme K., âgée de 23 ans, réglée normalement à l'âge de 15 ans. Primipare, pas d'antécédents pathologiques, dernières règles du 14 au 20 décembre 1902. La grossesse a été marquée à différentes reprises par des douleurs, des pertes de sang, des débris membraneux. Examinée par le docteur Potocki le 15 septembre 1903, au voisinage du terme : abdomen déformé par deux tumeurs. Celle de droite contient un fœtus vivant. A gauche, le corps de l'utérus, masse contractile hypertrophiée. Au toucher, col dévié à droite, ramolli. Diagnostic : grossesse extra-utérine, avec enfant vivant.

Opération immédiate, laparotomie. Hémorragie formi-

dable. Extraction de l'enfant, ligature du pédicule utérin et utéro-ovarien. L'hémorragie s'arrête. Ablation du placenta après section de la trompe. Les membranes constituées par une amnios fibreuse externe et un endothélium n'ont contracté que des adhérences conjonctives avec l'intestin. Tamponnement, drainage. Suites opératoires très favorables. Sortie de l'hôpital le 7 octobre.

OBSERVATION n° III. — Grossesse abdominale à terme avec enfant vivant, extirpation du placenta, guérison. (Harnemann: hôpital Tidende, 1908.)

Femme de 25 ans, bipare, trois fausses couches. Au cours de la gestation douleurs et hémorragies sans gravité. Entre à l'hôpital en douleurs. Le travail traîne, cathétérisme utérin, cavité vide. Le palper ne donne aucun renseignement. Le fœtus est transversalement placé. Laparotomie. Le fœtus est libre dans la cavité péritonéale. Le placenta est inséré sur la trompe droite. Extirpation des annexes et du placenta. Pas d'hémorragie. Suites normales. Au bout de quinze jours, guérison complète de la mère.

OBSERVATION n° IV. — Grossesse abdominale opérée au voisinage du terme. Enfant vivant. Ablation du placenta. Guérison. (Harry Hufkin : *América J. of obst.*, 1900).

Mrs. D., 35 ans. Bipare. Dernières règles 26 octobre 1908. A huit mois, laparotomie, ablation du placenta et de la trompe gauche en bloc, après extraction de l'enfant libre dans le péritoine.

OBSERVATION n° V. — Grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. Clivage du placenta. Mort de la mère 22 jours après. (Anderodias et Denis: *Bull. de la Soc. d'obs. de Marseille*, 1927.)

M^{me} D. 35 ans. En 1916, grossesse tubaire rompue avec hématoecèle, pas d'intervention. Dernières règles 26-30 juillet 1926. Le 1^{er} mai, l'intervention est décidée et effectuée.

Rachi-anesthésie à la syncaïne. Laparotomie sous-ombilicale. L'épiploon apparaît très congestionné, rouge lie de vin et son aspect seul me fait faire le diagnostic de grossesse abdominale. L'épiploon est récliné vers le haut et laisse apercevoir un membre inférieur du fœtus. Celui-ci est extrait

sans la moindre difficulté il était dans la cavité amniotique à peu près sans liquide. Ligature et section du cordon.

Le placenta énorme est adhérent à la trompe, aux anses grêles, au gros intestin et à l'utérus. On arrive à cliver le placenta sans trop de difficultés et avec une perte de sang minime. On termine par un Mickulicz. Le 22^e jour on s'apprête à faire lever la malade, lorsque dans la nuit elle est prise d'étouffements. Le matin, les extrémités sont froides, sueurs profuses, pouls imperceptible. La malade meurt vers 18 heures. A l'autopsie phlegmatia au niveau des veines utérines gauches et un caillot organisé dans les cavités cardiaques.

OBSERVATION n° VI. — Un cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. Guérison de la mère. (Moggi Duboucher Harel et Sudaka : Soc. d'obs. d'Alger, 1924.)

M^{me} C., 40 ans, admise le 25 juillet 1923, à la maternité d'Alger ; 9 grossesses antérieures, 4 suivies d'accouchement à terme, 5 interrompues dans le 1^{er} trimestre par des avortements spontanés suivis de curetage.

Dans les antécédents pathologiques fréquents accès palustres. Opération le 29 août 1923 sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane, le fœtus volumineux apparaît immédiatement au milieu des anses grêles et entouré d'une mince pellicule membraneuse. Son extraction fut facile. Après section du cordon dont les vaisseaux sont thrombosés on découvre le placenta fortement adhérent à la face postérieure de l'utérus et à la trompe gauche. Cette dernière notablement dilatée présente une zone cicatricielle vers sa partie externe.

L'utérus présente le volume d'une grosse mandarine. Les connexions entre le placenta et l'utérus furent facilement rompues sans hémorragie notable. Le placenta fut extrait en même temps que la trompe après salpingectomie gauche.

OBSERVATION n° VII. — Grossesse abdominale à 8 mois avec fœtus vivant libre dans le péritoine. (Guérin, Valmale, Robiolis : Soc. d'obs. de Montpellier, 1922.) (Résumée.)

Femme de 34 ans, enceinte pour la première fois de huit mois environ. Le 2 janvier, constipation, température 38°2, pouls 152. Le 3, anesthésie à l'éther, laparotomie sus-ombilicale pour un tiers, extraction d'un enfant vivant. La masse placentaire est enlevée en bloc ; toilette du péritoine et suture de la paroi en 3 plans.

Dans l'après-midi, la femme décéda de péritonite consécutive à l'occlusion intestinale.

OBSERVATION n° VIII. — Cas de grossesse péritonéale secondaire. Accouchement à terme par effraction du cul-de-sac de Douglas. Mort par hémorragie de la délivrance. (Vaudescat : S. O. G., 1924, page 785.)

Le 12 septembre 1924, M^{me} P., primipare, accouchement d'un enfant vivant. Jusqu'à ce moment on a eu l'impression d'un cas d'athrésie particulier qu'on se réserve d'examiner la délivrance effectuée. Cette dernière tardant on tente une délivrance artificielle par injection funiculaire, manœuvre qui échoue et provoque une hémorragie formidable, telle que l'on décide d'en venir à la délivrance manuelle. En cherchant à pratiquer cette délivrance artificielle on perçoit soudain sur le côté gauche de l'abdomen un corps utérin à peine du volume du poing. Ce n'est qu'à ce moment qu'on s'aperçoit de l'existence d'une grossesse ectopique à terme.

On décide une laparotomie immédiate. Utérus et annexes gauches aspect normal, à droite, il existe une amorce de trompe, le reste des annexes infundibulum et pavillon ainsi que l'ovaire est remplacé par une vaste poche membraneuse adhérente aux anses intestinales au fond de laquelle vient s'insérer le cordon. Les parois de ce sac sont le siège d'une hémorragie profuse telle que pour essayer de l'arrêter on pratique la ligature des pédicules utéro-ovariens et l'hystérectomie. Cela fait, l'ablation du sac étant impossible en raison des adhérences qui l'unissent aux intestins on termine par la marsupialisation et le tamponnement du sac.

L'intervention est terminée rapidement par suture de la paroi, mais la femme a perdu une grande quantité de sang et malgré toute la thérapeutique mise en œuvre, elle succombe deux heures après l'intervention.

Nous avons cru devoir classer cette observation parmi celles ayant trait à l'extraction du placenta étant donné le peu de temps écoulé entre la marsupialisation et la mort de la malade. De plus l'hémorragie s'est produite pendant les tentatives de décollement.

a) Grossesse à terme avec enfant mort :

OBSERVATION n° IX. — Grossesse abdominale au 12^e mois. Laparotomie. Fœtus mort et macéré. Hystérectomie. Guérison.

(Jeanneney, Bonnin, Favreau et Bauvallet : La Gynécologie et la Semaine Gynécologique des praticiens réunis, 1927.)

M^{me} J. 42 ans. A eu trois grossesses antérieures à terme. Une fausse couche il y a six ans. Dernières règles 10 mai 1926.

Après une grossesse agitée et prolongée la malade est opérée en mai 1927. Laparotomie médiane. On sort du ventre une masse arrondie non adhérente mais qui, au moment où elle sort de l'abdomen se fissure et laisse s'écouler une faible quantité de liquide brunâtre et de vernix caséosa. Devant l'impossibilité de bien voir le pelvis ce kyste fœtal est incisé hors du ventre sur les champs. Il en sort un fœtus mort et macéré.

Le cordon pincé du côté maternel est sectionné. Il persistait une masse pelvienne représentant l'insertion placentaire, celle-ci se fait au niveau de la trompe gauche et du ligament large l'utérus étant tout à fait refoulé en avant et à droite.

On procède comme pour une salpingite adhérente et nous pratiquons rapidement une hystérectomie par le procédé américain allant des annexes sains vers les annexes malades. Ce temps est très rapidement conduit. On dégage du Douglas où elle tient une masse légèrement adhérente et comme la péritonisation de ce Douglas et de la base du ligament large gauche est quelque peu délicate à cause de la friabilité extrême du péritoine nous plaçons un Mickulicz avec une mèche. L'intervention est terminée en quarante minutes. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION n° X. — Grossesse abdominale. Intervention au delà du terme. Fœtus mort. Extraction du placenta. Guérison. (Laurentie : La Gyn. et la Sem. gyn. des prat. réunis, 1926.)

M^{me} S. Libanaise, 30 ans. Mariée depuis 13 ans, 3 grossesses antérieures. En novembre 1924 suppression des règles. En août 1925 arrêt des mouvements fœtaux et montée laiteuse. En décembre 1925 on constate au palper un gros fœtus superficiel mobile. A droite un utérus de trois mois environ. Au toucher la tête fœtale est sentie très facilement à travers le Douglas. L'utérus repoussé en avant a un col largement ouvert. L'exploration facile montre sa vacuité. Laparotomie le 31 décembre. A l'ouverture du péritoine on tombe immédiatement sur un fœtus entouré d'anses intestinales, extirpation facile malgré de nombreuses adhérences très lâches. Le placenta est adhérent à la face postérieure de l'utérus, clivage facile et extirpation.

Comme il reste de nombreuses surfaces cruentées nous terminons par un Mickulicz.

b) Grossesse abdominale avant terme.

OBSERVATION n° XI. — Grossesse abdominale opérée à six mois. Extirpation Guérison. (Sturmer Obs. : Soc. of London, 7 décembre 1904.)

Femme dont les règles ont cessé depuis six mois. Présente une tumeur dont la nature est mal définie. Elle ne perçoit point les mouvements du fœtus. L'opération est décidée. Extraction d'un fœtus vivant de deux livres qui ne survit pas. Extirpation du placenta et du kyste. Guérison maternelle.

OBSERVATION n° XII. — Grossesse abdominale Laparotomie à quatre mois. Extraction du placenta. Guérison. (Barthélemy : Bull. de la Soc. d'obs. et de Gyn., 1926.)

M^{me} G. 33 ans. A eu deux couches normales. Depuis quatre mois les règles ont été remplacées par un écoulement noirâtre épais qui n'a pas cessé. La laparotomie décidée et pratiquée confirme le diagnostic de grossesse abdominale. Du sang noir est infiltré entre les anses. La tumeur droite est constituée dans ses parties superficielles par un magma d'épiploon et d'anses agglutinées avec des fausses membranes et des caillots organisés. En libérant prudemment ce couvercle on découvre un fœtus de quatre mois bien vivant dont le placenta relativement très développé est greffé dans le péritoine. L'extraction facile n'est suivie d'aucune hémorragie importante. Les annexes droites éclatées et déformées par de grosses lésions de pachy salpingite hémorragique doivent être réséquées. Les annexes gauches saines sont laissées avec l'utérus dont les parois sont violacées œdémateuses et le corps au moins doublé de volume. Après toilette de la cavité abdominale on referme sans drainage. Les suites ont été remarquablement simples.

MARSUPIALISATION

OBSERVATION n° XIII. — Grossesse ectopique à 7 mois, affaiblissement de l'état général, marsupialisation ; mort de la mère et de l'enfant. (Grouzat et Jeannel : Bull. soc. obstét. France, 1897.)

Femme présentant les symptômes d'une grossesse de 7 mois environ. Il s'agit de grossesse ectopique méconnue. Amaigrissement considérable, pâleur, anémie, insomnie. Œdème des jambes. Laparotomie d'urgence. Kyste fœtal adhérent aux viscéres. Liquide amniotique en petite quantité. Membres adhérents au cordon et à la tête de l'enfant. La rupture des adhérences entraîne celle du cordon et la déchirure de la peau du crâne. L'enfant est retiré vivant. Marsupialisation du kyste. Placenta volumineux. La mère succombe en état de cachexie au bout de un mois.

OBSERVATION n° XIV. — Grossesse extra-utérine opérée au voisinage du terme. Enfant vivant. Marsupialisation. Mort de la mère. (Fieholshe : Cent. für. gyn., 1903.)

Femme âgée de 39 ans, 7^e pare. Vers le 3^e mois, douleurs syncopales métrorrhagie. A 4 mois 1/2, mouvements actifs du fœtus. Au terme, la grossesse est reconnue, la mère est dans un état de dépression extrême, très amaigrie. Laparotomie, extraction de l'enfant vivant, marsupialisation des membranes. La mère meurt de choc au bout de huit heures.

OBSERVATION n° XV. — Grossesse extra-utérine avec enfant vivant. L'enfant succombe au cours du faux travail. Mort de la mère. (Weymersch. J. Staccarch. Liège, 1908.)

Femme fatiguée et déprimée par une grossesse supposée normale. Elle entre en douleurs, on fait le diagnostic de présentation du sommet, mais le travail traîne en longueur. On constate alors au palper l'existence à gauche d'une tumeur fœtale et d'une tumeur contractile à droite de l'utérus. Laparotomie, extraction d'un enfant mort depuis peu. Marsupialisation du kyste. Mort rapide de la femme.

OBSERVATION n° XVI. — Grossesse extra-utérine avec enfant vivant. Opération au voisinage du terme. Marsupialisation. Mort de la mère par hémorragie secondaire : (Braun : Cent. fur. gyn., 1903.)

Femme âgée de 27 ans. III^e Pare. Vers le 7^e mois violentes douleurs syncopales qui s'améliorent, puis reviennent et forcent à pratiquer la laparotomie à 7 mois 1/2. L'enfant est retiré vivant, la poche marsupialisée. La mère succombe rapidement au bout de quatre heures après l'opération, à la suite d'une hémorragie considérable, par décollement partiel du placenta.

OBSERVATION n° XVII. — Grossesse ectopique au voisinage du terme, laparotomie, marsupialisation, mort de la mère d'hémorragie secondaire. (Mate : British Med. J. 12 mars 1918.)

Femme âgée de 30 ans, en travail depuis une semaine, col ramolli, pouvant admettre trois doigts, cavité interne vide. Laparotomie, enfant retiré vivant ; marsupialisation. Au bout de quatre jours la mère meurt, très rapidement, à la suite d'une hémorragie par décollement placentaire.

OBSERVATION n° XVIII. — Grossesse ectopique avec enfant vivant opérée au voisinage du terme. Marsupialisation. Guérison. (Pinard : Annales de Gyn. et Obst., 1895.)

Femme N., 35 ans, primipare. Entre à la clinique Baudelocque le 26 février 1895. Dernières règles, juillet 1894. A eu deux pertes rosées au mois d'octobre et des douleurs qui l'obligent à s'arrêter. En novembre, troubles à la miction et à la défécation. Elle prend à cette époque 75 grammes de sabine répartis en 75 cachets prescrits par un médecin pour troubles menstruels. La grossesse ectopique est diagnostiquée par le professeur Berger. Le diagnostic est confirmé par le professeur Pinard. Deux tumeurs dans l'abdomen. L'une à droite contractile, l'utérus, l'autre à gauche plus volumineuse contient un fœtus vivant. Col ramolli dévié à gauche et en haut. La grossesse est de six mois. La malade est mise au repos. A huit mois et demi, opération. Kyste, friable, vasculaire, vaisseaux difficiles à pincer. Un fœtus est retiré vivant, marsupialisation. Drainage et irrigation de la poche au sublimé à 1/4.000. Guérison. Au bout de un mois 1/2, le placenta s'élimine par fragments.

OBSERVATION n° XIX. — Grossesse ectopique avec enfant vivant. Laparotomie au voisinage du terme. marsupialisation, guérison. (Pinard : Ann. obstét. et gyn., 1899.)

Femme X., âgée de 37 ans. Après divers incidents nerveux au cours de la grossesse, elle vient consulter à la clinique Baudelocque. Dernières règles janvier, 1899. Le diagnostic est fait le 7 novembre. On parvient à séparer le fond de l'utérus de l'œuf. Opération pratiquée le 21 décembre 1899. L'enfant est extrait vivant. Marsupialisation du kyste, drainage, irrigation, élimination du placenta complète le 1^{er} mars 1899, guérison.

OBSERVATION n° XX. — Grossesse extra-utérine, enfant vivant, laparotomie au terme, marsupialisation, guérison. (Hood Well, Lancet : London, 2 août 1913.)

Femme âgée de 25 ans. Elle est prise au terme d'une grossesse, supposée normale, de douleurs simulant celles de l'accouchement. Lenteur du travail, pas de dilatation. Col ramolli. Dans l'abdomen deux tumeurs, l'une fœtale, l'autre contractile, l'utérus. Laparotomie ; extraction d'un enfant vivant ; marsupialisation ; guérison de la mère.

OBSERVATION n° XXI. — Grossesse extra-utérine à terme, enfant vivant, marsupialisation, guérison. (Calderini : Stti. Soc. Italiana di alt. G. Géroso., 1904, Ranaà.)

Femme dont la grossesse a été marquée par les symptômes habituels de la grossesse ectopique, évolution satisfaisante, diagnostic fait au terme, laparotomie, adhérences multiples, marsupialisation, guérison de la mère. L'enfant retiré vivant survit.

OBSERVATION n° XXII. — Grossesse extra-utérine à terme, extraction d'un enfant vivant, marsupialisation, guérison. (T. Ceppeland : gavage, proced. of Royal, soc. of med. osteb. and gyn. sec., décembre 1911 Australie.)

Primipare, 27 ans. Entre à l'hôpital d'Auckland (Australie). Aurait fait une fausse couche six mois auparavant, curettage et découverte d'une masse flaquant l'utérus. Enfant vivant, pieds dans le flanc droit, tête dans la fosse iliaque gauche. Laparotomie, sac complet, adhérences nombreuses, sac vascularisé, extraction du fœtus. Tentative de décollement, grosse hémorragie, marsupialisation et tamponnement, sérum, adrénaline, guérison complète au bout de six mois.

OBSERVATION n° XXIII. — Grossesse extra-utérine à terme, marsupialisation, tannage du placenta, guérison. (Charles : Journal d'accouchement, Liège, 1897.)

Primipare âgée de 35 ans. Le diagnostic est fait à six mois à la suite de la découverte de plusieurs tumeurs dans l'abdomen, le corps de l'utérus et l'œuf. L'enfant est vivant. La mère est mise en observation. Au voisinage du terme, opération. Marsupialisation du kyste après l'extraction de l'enfant. Les jours suivants la poche est remplie d'un mélange à parties égales de

tanin et d'acide salicylique. Le placenta se dessèche et s'élimine au bout de 40 jours. Guérison de la mère.

OBSERVATION n° XXIV. — Grossesse ectopique, opération à 7 mois 1/2. Marsupialisation. Guérison.

Femme âgée de 32 ans. A eu six enfants. Dernières règles, janvier 1896. En mars, douleurs et collapsus. On fait le diagnostic de grossesse ectopique. Amélioration. Le 19 septembre elle entre à l'hôpital, souffle placentaire, l'enfant semble mort. Laparotomie, tentative de décollement, hémorragie grave. Marsupialisation et tamponnement. La mère guérit malgré le choc.

OBSERVATION n° XXV. — Grossesse ectopique à six mois et demi. Menace de rupture, laparotomie, marsupialisation, guérison. (Boisnard : Soc. Obstét. Paris, 1899).

Femme âgée de 39 ans, trois grossesses antérieures, dernières règles, 15 mars 1898. M. Boisnard fait le diagnostic de grossesse ectopique. Le fœtus est vivant. Le 27 octobre, douleur subite et tension de l'œuf. Laparotomie d'urgence, résection des membranes après extraction du fœtus et marsupialisation, hémorragie légère, drainage.

Lavage de la poche, écoulement fétide par l'orifice. Tentative de décollement du placenta au 30^e jour. Hémorragie abondante. Le 45^e jour, l'élimination se fait en bloc. Guérison définitive, 77 jours après l'opération.

ABANDON DU PLACENTA

OBSERVATION n° XXVI. — Grossesse abdominale opérée au voisinage du terme. Abandon du placenta, mort de la mère et de l'enfant. (Rafferty : Médical Record., 1903.)

Femme 40 ans, 4^e pare. Dernières règles, juillet 1900. En septembre douleurs dans la fosse iliaque droite. Collapsus. La crise passe et tout rentre dans l'ordre. En octobre, perte de sang, émission de caduque. Les douleurs sont calmées par le repos au lit. En décembre les mouvements actifs du fœtus sont perçus. Ténésme vésical et rectal, constipation opiniâtre. En avril, amaigrissement considérable, surexcitation nerveuse, ictère, constipation, pouls 120. Au palper à gauche, on sent l'enfant vivant, placé transversalement. A droite l'utérus est indépen-

dant du kyste foetal. Cathétérisme utérin. Le 6 avril 1901, laparotomie. L'enfant est libre dans la cavité péritonéale, ascite, gros placenta, le placenta est inséré sur le fond de l'utérus, la trompe gauche, le cul-de-sac de Douglas. Une tentative de décollement provoque une hémorragie. Il est isolé par des compresses, drainage. La mère succombe au bout de six jours.

OBSERVATION n° XXVII. — Grossesse extra-utérine à terme, enfant vivant, laparotomie. Abandon du placenta, guérison. (Jacobs : Sem. gyn., 1901.)

Femme de 33 ans, est prise à la fin d'une grossesse supposée normale et assez bien supportée, de vomissements, oligurie, ténesme vésical, albuminurie, œdème. Son médecin traitant fait appeler le docteur Jacobs. L'état général commande l'avortement thérapeutique. On met une sonde dans l'utérus, la cavité est vide, diagnostic, grossesse ectopique. Les professeurs Pinard et Duret conseillent la laparotomie. L'enfant libre dans la cavité péritonéale est retiré vivant. Le placenta est très adhérent à l'intestin ; pour éviter l'hémorragie, pour ne pas retarder inutilement l'opération, le placenta est abandonné et isolé, le mieux possible, de la grande cavité par une collette d'épiploon et des compresses. Drainage, élimination progressive sans accident, guérison.

OBSERVATION n° XXVIII. — Grossesse extra-utérine de 8 mois, extraction du fœtus par laparotomie, abandon du placenta, guérison. (Bianchi : Arch. Italiano di gynec. Napoli, 1900.)

Femme réglée à 15 ans, âgée de 36 ans, dernières règles, novembre 1899. Douleurs vagues, pas de perte de sang. La malade se repose pendant un mois au lit. Les douleurs persistent jusqu'au septième mois. A ce moment le diagnostic est rectifié. Laparotomie à 8 mois, l'enfant est libre, les membranes font défaut, le placenta est inséré sur l'intestin et très adhérent. Il est isolé par des compresses. Élimination progressive. Guérison.

OBSERVATION n° XXIX. — Grossesse abdominale de six mois. Abandon du placenta. Mort. (Hagu : Salzlung Marats, für Geburt und Gynak., 1906).

Femme de 37 ans, admise d'urgence à l'hôpital le 8 avril 1905, pour une violente crise de douleurs hypogastriques ayant éclaté sans motifs appréciables. Cette femme déclare qu'elle

s'est toujours bien portée. Il y a seize ans, premier accouchement normal, sans suites pathologiques. Il y a six ans avortement au troisième mois. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre. Une sensation de pesanteur à l'hypogastre demeure continue, aggravée de coliques utérines, avec nausées et vomissements.

Examinée à son entrée, la femme est de bonne apparence, pas de météorisme abdominal. Dans le pelvis à gauche, tumeur arrondie, mollassse, immobile, sensible à la pression, grosse comme un utérus de quatre mois. Quant à l'utérus lui-même, impossible de déterminer sa situation par rapport à la tumeur. Le repos cause une notable amélioration. Exeat, puis revient le 2 juin. Abdomen ballonné, tumeur arrondie, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, la dite tumeur est immobile et douloureuse. Bruits du cœur perceptibles. Toujours par intervalles se maintiennent les douleurs et les vomissements. L'intervention est décidée le 8 juillet 1905. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on tombe sur un énorme kyste fœtal dont on extrait un fœtus vivant. On essaie le décollement, résultat, une hémorragie formidable. On tamponne la cavité, on abandonne le sac et on referme. Malgré les soins énergiques, sérum, huile camphrée, l'opérée meurt après cinq heures de collapsus.

OBSERVATION n° XXX. — Rétention de 22 mois, abandon du placenta réduit à un amas vasculaire douteux, guérison : (Gæstch : Zent. für. Gyn., 1880.)

OBSERVATION n° XXXI. — Grossesse abdominale au 7^e mois, abandon avec drain, la plaie se referme, au 51^e jour, décollement par nécrose placentaire avec septicémie foudroyante. (Champneys : Obst. soc of. London, 1887.)

OBSERVATION n° XXXII. — Opérée à terme, extirpation de quelques lambeaux, abandon du restant, septicémie. (Barsang : Tent. für Gyn., 1889).

CHAPITRE IV

QUEL EST LE MOMENT LE PLUS FAVORABLE POUR OPERER ?

Tous les chirurgiens et tous les obstétriciens sont d'accord sur la nécessité de l'intervention, mais sont divisés sur le moment où il convient d'opérer.

Il faut, en effet, envisager plusieurs arguments.

1^o Doit-on attendre la viabilité de l'enfant.

2^o Doit-on attendre l'époque de rétention fœtale avec la mort du fœtus.

3^o Doit-on opérer dès le diagnostic fait sans se préoccuper de la vie de l'enfant.

Nous allons envisager ces trois stades et à l'aide des statistiques, déduire le moment qui nous semble le plus favorable.

a) Opération sur l'enfant vivant à terme

S'entend sur une femme dont la grossesse est parvenue au septième mois.

Les partisans de cette opération prétendent que les accidents sont très rares à partir du sixième mois et dans ces conditions, pourquoi priver de la vie un enfant, quand la mère n'en retirera aucun profit.

Le professeur Pinard est formel à ce sujet. « Quand

l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables, que si on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne le crois pas. Je pense qu'à cette époque, les dangers de l'hémorragie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse parce que le placenta à cette époque, est en grande partie développé, et c'est pour cette raison que ne faisant pas courir plus de danger à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant, et faire suivant l'expression de Rein au Congrès de Bruxelles, de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice. Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité, et, dans trois cas où j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts au septième mois, c'est-à-dire, avant que j'aie pu intervenir de façon utile en leur faveur. »

Zweifel cite le cas d'une malade de Lichtentein, presque au terme de sa grossesse qui mourut d'hémorragie la veille de la date fixée pour l'opération.

Quels sont, en effet, les accidents auxquels cette attente expose les mères.

Il y a lieu, tout d'abord de relater la rupture du kyste fœtal, dont les conséquences sont toujours très graves et entraînent soit une hémorragie, soit une péritonite secondaire. Ensuite, l'infection du kyste, d'où découle la mort de l'enfant et très souvent la rupture consécutive.

Puis des troubles de compression. Nous avons retrouvé des cas d'occlusion intestinale, de cystites, de pyélonéphrites. Moot a signalé un cas d'œdème des jambes avec albuminurie de toxémie gravidique. Jacquier, en 1846, rapporte le cas d'une femme de trente-six ans, parvenue au terme d'une grossesse abdominale et qui

offrait tous les symptômes d'une inflammation péritonéale avec diarrhée, vomissements, pouls fréquent. A l'autopsie, pas de trace d'inflammation péritonéale.

Statistiques :

Puech, en 1879 sur 20 cas opérés donne :

16 décès pour la mère,

12 décès pour l'enfant.

Maigrier, en 1886, sur 17 cas opérés donne :

15 morts pour la mère,

9 morts pour l'enfant.

Beck, en 1919, sur 262 cas opérés donne :

Mortalité maternelle, septième mois : 37 %.

huitième mois : 45 %.

neuvième mois : 52 %.

Guermeur, en 1925 :

Septième mois à terme : 26.1 %.

b) Opération après la mort du fœtus :

Certains chirurgiens conseillent d'attendre la mort du fœtus et de faire une opération retardée.

Le gros avantage est, disent-ils, que le placenta s'atrophie après la mort du fœtus, la circulation y est arrêtée et qu'ainsi les risques d'hémorragie étant minimes, l'opération se trouve être moins grave.

Mais si nous prenons la statistique de Maygrier, relative à 70 laparotomies, faites à une époque éloignée de la mort du fœtus, nous trouvons quatre morts

par hémorragie. Sittner cite aussi deux cas de mort par hémorragie. Certains auteurs allant plus loin prétendent que, non seulement le placenta ne s'atrophie pas, mais au contraire se développe. (Lawson Tait et son élève Gubb.)

En plus de cette question controversée du placenta le grand défaut de cette méthode est la période d'attente entre la mort du fœtus et l'atrophie du placenta, période allant de six à sept semaines pour le professeur Pinard, à six mois pour Sittner. Pendant ce laps de temps, les femmes sont sous la menace soit de rupture du kyste fœtal sur son insertion placentaire entraînant une hémorragie interne, soit d'infection placentaire causant de la péritonite ou de la septicémie. Dans tous ces cas, il faut intervenir d'urgence et l'opération a lieu dans de mauvaises conditions.

Statistiques :

Maygrier, en 1886,	35 % de mort
Woerth	37 % de mort
Guermeur	32.3 % de mort

c) Opération précoce :

A l'heure actuelle, la tendance de la plupart des chirurgiens et obstétriciens, est que toute grossesse abdominale diagnostiquée doit être opérée. On néglige de parti pris l'enfant, cherchant à opérer la mère dans les meilleures conditions possibles.

Pour Reynault « la question de sauver la vie de l'enfant ne se pose qu'autant qu'elle ne soulève aucun danger pour la vie de la mère ».

Pour Lucas Championnière « dès que l'on a la notion de grossesse extra-utérine, il faut sacrifier l'œuf et ne pas se laisser séduire par l'espoir de mener une grossesse à terme. » »

En effet, la plupart des enfants qui naissent vivants, ont souffert pendant leur développement, soit d'une insuffisance placentaire, soit de compression.

1^o Insuffisance placentaire :

C'est par l'intermédiaire du placenta, que le fœtus reçoit l'oxygène indispensable à la vie et les substances nécessaires à l'édification des organes. Dans la physiologie du placenta, nous avons montré que les fonctions placentaires peuvent être déficientes par suite des adhérences purement conjonctives et qu'ainsi le champ de l'hématose était réduit. Il s'en suit que si l'apport d'oxygène est insuffisant, l'enfant succombe. Si les substances nutritives n'arrivent pas en quantité suffisante, nous avons des débiles à terme qui meurent dans les premières heures ou les premiers jours qui suivent leur naissance.

2^o Compressions.

La protection normalement assurée par l'utérus fait défaut.

S'il y a un kyste fœtal le liquide amniotique, est, en général peu abondant et des adhérences se constituent entre le corps du fœtus et les membranes.

Si le fœtus est libre dans l'abdomen, il prend une position vicieuse et les parties saillantes du bassin déforment un organisme encore malléable.

Il s'en suit des malformations qui se traduisent ; sur le crâne, par un aplatissement, sur la face, par une atrophie du côté où s'exerce la compression. Si la tête a été longtemps fléchie, il se produit un torticolis,

sur la colonne vertébrale, on rencontre quelquefois des spina bifida. Sur les membres des déviations des axes, des pieds et des mains bots.

Les enfants bien conformés et viables sont très peu nombreux. Sittner sur 122 enfants n'en a eu que 6 à dépasser cinq ans.

Statistiques :

Beck : sixième mois : 30 % de mortalité maternelle.

Guermeur : cinquième au septième mois : 15,7 % de mortalité maternelle.

En comparant les statistiques de Beck, et de Guermeur qui englobent les trois périodes opératoires, nous arrivons à cette conclusion, que l'opération précoce est la plus favorable au point de vue pronostic maternel. En effet, à cette période, la gestante n'est pas encore fatiguée par cette grossesse abdominale et se trouve donc en meilleure condition pour supporter le choc opératoire. Le placenta n'a pas atteint son plein développement sa surface d'insertion est moins grande, les adhérences moins nombreuses, et l'on pourra plus facilement pratiquer l'extirpation complète qui est également le procédé opératoire de choix.

Malheureusement, ce qui fait que l'opération précoce a souvent lieu aux environs du terme, c'est que les femmes ne viennent souvent consulter que très tard, et ensuite la difficulté du diagnostic.

CHAPITRE V

PROCÉDÉS OPERATOIRES

Dans le chapitre précédent, nous avons établi que l'opération précoce était le procédé de choix dans la grossesse abdominale, mais nous avons vu à quelles difficultés on se heurtait pour pratiquement faire cette opération dans les meilleures conditions.

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier les divers procédés employés pour extraire le fœtus.

Ils sont de deux ordres, suivant qu'ils s'adressent à la voie vaginale ou à la voie abdominale.

Voie vaginale : C'est l'élytrotomie qui est abandonnée actuellement parce qu'elle offre le maximum de danger et les plus grandes difficultés pour aborder le kyste fœtal au bon endroit, extraire l'enfant, faire l'hémostase. Dans ce procédé, le chirurgien en est réduit à opérer un peu à l'aveuglette, l'observation de Vaudescal que nous rapportons, accouchement à terme par effraction du cul-de-sac de Douglas ressemble par son début à une élytrotomie. Elle a été condamnée à juste titre par Lawson Tait pour le moins dans le cas où l'enfant est vivant (Lemercier).

Voie abdominale : La laparotomie. — Elle est plus rapide, plus sûre et plus simple. On fait une incision sus ou sous ombilicale sur la ligne médiane autant que possible en dehors du placenta.

Si le fœtus est libre dans le péritoine, par suite d'ab-

sence de membrane, on l'extrait et on lie le cordon. Si le fœtus est dans un kyste, la paroi du kyste est incisée en un point avasculaire ; l'enfant extrait, le cordon lié. Restent le placenta et les membranes, c'est le temps délicat de l'intervention. Plusieurs procédés ont été préconisés.

1° Marsupialisation du placenta et des membranes.

2° Extirpation du placenta et des membranes.

3° Abandon du placenta et des membranes.

Nous allons les passer en revue en voyant les avantages et les inconvénients de chacun, et essaierons d'en déduire le meilleur.

1° Marsupialisation du placenta et des membranes

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La paroi kystique, attirée et dégagée est intimement unie au plan profond de l'incision, par une rangée de sutures. Un gros point est de ne pas pénétrer dans l'intérieur du kyste mais de faire les points dans l'épaisseur des membranes. Ensuite, on pratique l'ouverture du sac. Le fœtus est extrait par les pieds en faisant au besoin une véritable version podalique. Le cordon est sectionné entre deux ligatures. Le sac est exploré consciencieusement, si le fond est voisin du cul-de-sac vaginal, il y a intérêt à faire une colpotomie et à placer un drain par cette voie. Pozzi recommande de laver le sac avec une solution faible de formol. Puis on saupoudre le placenta avec un mélange, tanin, acide salicylique, benzoate de soude. La poche est soigneusement bourrée de gaze stérile iodoformée qui absorbe les sérosités qui peuvent se former. Le pansement est changé tous les jours.

La guérison est assez longue et se produit par élimination du placenta.

Avantages de cette méthode

1° Le gros avantage de cette méthode est de ne pas exposer aux fortes hémorragies puisqu'on ne touche pas au placenta.

2° Le sac fœtal par ses adhérences intéresse très souvent l'uretère, l'intestin, la vessie, qui peuvent être perforés au cours des tentatives de débridement.

3° L'anesthésie est de courte durée et le choc opératoire peu important.

Inconvénients

a) Ne peut d'abord être mise en pratique que dans les cas où il existe un sac fœtal, et dans plusieurs observations que nous citons, les membranes font complètement défaut, le fœtus étant libre dans le péritoine, au milieu des anses intestinales. Dans d'autres cas, les membranes sont d'une friabilité extrême et les points de suture ne tiennent pas.

b) Hémorragies secondaires.

La marsupialisation ne met pas à l'abri des hémorragies secondaires qui se produisent par décollement partiel ou total du placenta, et dans ce cas, une nouvelle opération s'impose et on revient à la méthode de l'ablation.

c) Un autre gros inconvénient est la putréfaction du placenta et la porte ouverte à tous les accidents septiques, en particulier la septicémie et la péritonite. Une nouvelle opération s'impose également et a lieu

dans des conditions déplorables pour la malade qui succombe toujours.

Enfin, le placenta mettant souvent jusqu'à trois mois pour s'éliminer, la femme pendant ce temps est condamnée à une demi-convalescence.

Historique

Ce fut Lawson Tait qui, le premier, laparatomisa ses grossesses abdominales, puis il fut suivi par Sittner, Segond, J.-L. Faure.

En 1895, le professeur Pinard publia seize cas de laparotomie avec marsupialisation, sans un seul cas de mort.

Statistiques :

Baronnet, en 1921 :

Cinquième et sixième mois : 13 %.

Septième et neuvième mois : 41 %.

Lavergne en 1925 :

Cinquième-sixième mois : 4 %.

Huitième-neuvième mois : 36,9 %.

Rétention : 21,4 %.

2° Extirpation du placenta et des Membranes

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'incision est semblable à celle de la marsupialisation ; le kyste mis à jour est ponctionné au bistouri dans un endroit dont les vaisseaux soient absents ; l'ouverture est agrandie le fœtus extrait par les pieds est séparé

du placenta par section du cordon entre deux ligatures. Après un nettoyage de la cavité, reconnaître les rapports du sac et les origines vasculaires des adhérences et du placenta.

Potocki conseille de lier les artères utérines et utéro-ovariennes. Ensuite, on peut décoller le sac, rompre les adhérences tout doucement, et ainsi, extirper le placenta et les membranes. Tamponner pour assécher le suintement sanguin. Actuellement, on termine par un tamponnement à la Mickulicz qui a l'avantage de faire de l'hémostase sur les surfaces cruentées et ensuite d'assurer un drainage qui évite toute stagnation de liquide.

a) Avantage de la méthode

1° Dans les conditions d'aseptie et d'antiseptie, où se font les opérations, la malade est pratiquement à l'abri des infections secondaires, péritonite, septicémie.

2° Les hémorragies secondaires ne sont pas non plus à redouter.

3° Les suites opératoires sont des plus simples et la convalescence est rapide.

Inconvénients

Le gros écueil disent les partisans de la marsupialisation ou de l'abandon, est l'hémorragie pendant le décollement placentaire. Il est indéniable que dans certains cas cette hémorragie a été foudroyante, mais si l'on prend la précaution indiquée par Potocki, de lier l'utérine et l'utéro-ovarienne, si l'hémorragie se produit, on en vient rapidement maître, et l'on termine par un tamponnement à la Mickulicz.

Un autre inconvénient est la perforation possible du rectum, de la vessie de l'intestin. Dans la littérature, nous en avons trouvé un cas publié en 1905, par M. A. Grosse, de Nantes. Quelques points de suture à l'intestin déchiré et la guérison n'a pas été retardée.

La longueur de l'opération qui choque la malade. L'opération ne dure en général pas plus de 40 minutes et ne dépasse donc pas comme durée celles de nombreuses intervention chirurgicales auxquelles ce reproche n'est pas adressé.

Historique :

Les premiers essais furent loin d'être encourageants.

Maygrier, en 1886, sur 17 cas : 15 morts (88 %).

Orillard, en 1894, sur 16 cas : 55 % de mortalité.

Lavergne, en 1925, publie une statistique :

Cinquième et sixième mois : 9,7 %.

Huitième et neuvième mois : 15,5 %.

Rétention : 12.2 %.

Si nous prenons la moyenne, nous arrivons à une mortalité de 12 % environ contre 88 % en 1886.

C'est d'ailleurs cette mortalité énorme de Maygrier qui le fit un des défenseurs de la marsupialisation. Mais nous croyons qu'il faut tenir compte qu'en 1886 les méthodes opératoires et les conditions d'antisepsie et d'asepsie n'étaient pas les mêmes, de plus, en cas d'hémorragie, ils étaient bien plus désarmés que nous le sommes actuellement et c'est surtout de ces deux gros points que vient la différence de mortalité entre 1886 et 1925.

Assez souvent, l'hystérectomie subtotale après ligatures des quatre pédicules vasculaires de l'utérus facilitera l'ablation du placenta, le plus souvent greffé

en partie sur l'appareil génétal. L'ablation de l'utérus par le procédé américain qui allonge de très peu l'acte opératoire donnera un jour énorme dans le bassin pour l'ablation de l'arrière-faix.

3° Abandon du placenta et des membranes

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Après incision comme dans les autres méthodes, le fœtus est extrait, le cordon lié. On se contente de refermer l'abdomen en abandonnant le sac et son placenta. Il doit se produire une résorption placentaire.

Dans les quelques cas publiés, nous avons toujours constaté l'existence d'un drainage et la précaution d'isoler le placenta et les membranes par des collerettes d'épiploon.

Beck, qui fut surtout le gros défenseur en Amérique de cette méthode, reconnaît qu'on ne peut laisser sans drainage une telle masse que s'il n'y a ni hémorragie ni infection. De plus, ajoute-t-il, il subsiste un léger danger d'hémorragie secondaire et l'infection provenant des intestins adjacents peut survenir avant que la résorption soit complète.

Ces restrictions diminuent sensiblement les cas où cette méthode peut être appliquée et nous pouvons en déduire que l'abandon du placenta peut être pratiqué avec chance de succès dans les cas de diagnostic précoce de grossesse abdominale. Dans la littérature, nous n'avons trouvé que des observations relatant l'abandon du placenta aux environs du terme ou en rétention, ce qui entraîne souvent une opération sur une femme fatiguée, en état de moindre résistance et donc plus accessible à l'infection secondaire.

Brindeau, en France, s'est fait le défenseur de cette méthode de l'abandon du placenta.

Avantages

Se résumant au peu de durée de l'intervention et à ceux de la marsupialisation.

Inconvénients

Egalement ceux de la marsupialisation avec, en plus, qu'ici, la paroi abdominale a été refermée.

Statistiques :

Cullingwoth et Rooth relatent deux observations, deux morts.

Lavergne a retenu deux cas suivis de mort après abandon du placenta, l'un de septicémie, l'autre d'hémorragie secondaire.

CHAPITRE VI

QUEL EST LE MEILLEUR PROCÉDÉ OPÉRATOIRE ?

Dans certaines grossesses abdominales où les insertions placentaires et les adhérences sont limitées à la trompe et à l'utérus, on peut recourir à l'ablation de la trompe ou à l'hystérectomie subtotale.

Si nous nous en tenons aux statistiques, nous voyons que l'extraction du placenta est la méthode qui nous donne les meilleurs résultats, résultats d'autant meilleurs que l'opération est précoce.

Si nous prenons les avantages et les inconvénients nous voyons que le seul reproche fondé que l'on puisse faire à l'extraction du placenta est l'hémorragie opératoire, tandis que la marsupialisation a deux gros inconvénients : l'hémorragie secondaire et l'infection. Quant à la méthode d'abandon, elle a en plus de la marsupialisation, un autre reproche à supporter, c'est que l'on referme l'abdomen, et que le placenta s'y trouve comme dans un vase clos non transparent.

Le procédé de choix nous paraît donc être l'extraction du placenta et des membranes.

CONCLUSIONS

1° Toute grossesse abdominale diagnostiquée doit être opérée.

Les statistiques nous ont montré que c'est entre le cinquième et le sixième mois que la mortalité maternelle est la plus faible, et au moment du terme la plus élevée, pour diminuer en cas de rétention.

La survie des fœtus au-dessus de cinq ans n'étant guère que de 2 à 3 %, il nous semble que seule, la mortalité maternelle entre en ligne de compte, et que l'opération doit être le plus précoce possible.

2° Le procédé de choix est l'extraction du placenta et des membranes, qui a le gros avantage de mettre la malade à l'abri des hémorragies et des infections secondaires, et n'a comme risque que l'hémorragie de la délivrance, contre laquelle nous sommes assez bien armés, depuis que Potocki a conseillé la ligature des utérines et utéro-ovariennes, que l'on termine l'opération par un tamponnement à la Mickuliez et au besoin par une hystérectomie subtotale.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
C. JEANNIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS et DENIS. — *Bulletin de la société d'obstétrique de Bordeaux*, 1927.
- BARONNET. — *Thèse de Bordeaux*, 1922.
- BARSANG. — *Zent. für Gyn.*, 1889.
- BARTHÉLEMY. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1926.
- BECK (A. C.) — *Treatment of extra utérine grossesse after the fifth month*. Am. Med. Ass. Chicago.
The journal of the Amer. Medi., septembre 1919.
- BIANCHI. — *Arch. Italiano di gynec.*, Napoli, 1900.
- BOINARD. — *Soc. Obst. de Paris*, 1899.
- BRAUN. — *Cent. für. gyn.*, 1903.
- CALDERINI. — *Atti. soc. Italiana di obste. y gyne.*, 1904.
- CEPPELAND (T.) — *Soc. of médi. obs. and gyn.*, 1911, Australie.
- CHARLES. — *Journal d'acc.*, Liège, 1897.
- CHAMPNEYS. — *Obste. soc. of London*, 1887.
- COE. — *Contribution à l'étude de la grossesse abdominale*, 1892.
- COUVELAIRE. — *Etudes anatomiques sur la grossesse tubaire*.
Thèse de Paris, 1901.
- CROUZAT et JEANNEL. — *Bull. soc. obst. de France*, 1897.
- DELCAMP. — *Thèse de Paris*, 1917-1918.
- DOLERIS. — *La gynécologie*, 1898.
- FAURE (J.-L.). — *La gynécologie des annexes de l'utérus*, 1900.
- FIEHOELSME. — *Zent. für. gyn.*, 1903.
- GOESTCH. — *Zent. für. gyn.*, 1880.
- GUERMEUR. — *Thèse de Bordeaux*, 1923-1924.
- GUBB. — *Thèse de Paris*, 1892.
- GUÉRIN, VALMALE, ROBIOLIS. — *Soc. d'obst., de Montpellier*, 1922.

- HAGU, SALZBOURG, MONATS. — *Für Geburt und Gynack*, 1906.
HARRY-HUFKIN. — *America J. of obst.*, 1900.
HARNEMANN. — *Hopital Tidende*, 1908.
HOOD WELL. — *Lancet*, London, 1913.
JACOBS. — *Sem. gyn.*, 1901.
JEANNENY, BONNIN, FAVREAU, BEAUVALLET. — *La gyn. et la semaine gyn. des praticiens réunis*, 1927.
JEANNIN. — *Bul. soc. obs. de Paris*, 1907.
LAVERGNE. — *Thèse de Bordeaux*, 1925.
LAURENTIE. — *La Gynécologie et la sem. gynécologique des praticiens réunis*, 1926.
LE BEC. — *Paris chirurgical*, 1910.
MATE. — *Britisch med. J.*, 1918.
MAYGRIER. — *Terminaison et traitement de la grossesse extra utérine*. — *Thèse d'agrégation de Paris*, 1885-1886.
MOGGI, DUBOUCHER, HAREL et SUDAKA. — *Soc. d'obst. d'Alger*, 1924.
ORILLARD. — *Thèse de Paris*, 1894.
POZZI. — *Traité de gyn. clinique et opératoire*, 1907.
POTOCKI. — *Arch. de gyn. et d'obs.*, 1908.
PINARD. — *Ann. de gyn. et d'obs.*, 1895.
Ann. de gyn. et d'obs., 1899.
PUECH. — *Statis. des résultats de 199 grossesses abd.*, 1879.
ROOT. — *Amer. gyne. J. Saint Louis*, 1902.
RAFFERETY. — *Médical Record*, 1903.
SEGOND. — *Revue de gyn. et d'obs.*, 1899.
STURMER. — *Ols. Soc. of London*, 1904.
TISSIER. — *Bull. soc. d'obst. de Paris*, 1907.
TARNIER et BUDIN. — *Traité d'obstétrique*.
VAUDESCAL. — *S. O. G.*, 1924, page 785.

